



CARTE D'URGENCE
Emergency card

En raison d'une maladie de Wilson

Nom :

Prénom :

Date de naissance

Informations spécifiques à la pathologie

Nom de la maladie :

Signes évocateurs de décompensation :

-
-
-

Prise en charge spécifique en situation de stress :
(anesthésie, fièvre, jeun, vomissements...): oui / non

Informations spécifiques à la pathologie

Régime diététique spécifique : oui / non

Traitements :

Médicaments contre-indiqués :

Informations particulières :

PERSONNE(S) À PRÉVENIR EN PRIORITÉ

Mme / M. Tél. :

Médecin traitant : Tél. :

Spécialiste traitant : Tél. :

EN CAS D'URGENCE, APPELER LE CENTRE DE SUIVI :

Ville : Hôpital :

Médecin référent : Tél :